

À quoi un système de santé africain financièrement accessible et durable devrait-il ressembler au XXI^e siècle ?

Préparé par

Samuel Yonkeu

Juin 2006

Cet article fait partie d'une série de documents de travail à caractère spéculatif qui examine les expériences passées et les directions futures des systèmes de santé africains – du niveau théorique au niveau pratique, d'une vision idéaliste à une perspective concrète. Sept auteurs différents ont répondu à notre question, à savoir « À quoi un système de santé africain financièrement accessible et durable devrait-il ressembler au XXI^e siècle. » Pour consulter les autres articles ainsi qu'un document de synthèse mettant en exergue les meilleurs éléments de chaque travail, visitez www.research-matters.net.

INTRODUCTION

La situation sanitaire des pays en voie de développement (ou les plus pauvres) est caractérisée par plusieurs facteurs qui interagissent entre eux ; faiblesse des ressources économiques des pays, démographie marquée par une natalité forte, une mortalité infantile élevée, une espérance de vie relativement faible résultant de mauvaises conditions de vie et d'un environnement peu favorable, etc. Les pathologies dominantes ont une origine essentiellement parasitaire, infectieuse ou nutritionnelle, pourtant théoriquement évitables par les règles d'hygiène, le développement de l'habitat, l'accès à l'eau potable, une alimentation suffisante et variée ou par les vaccinations. Il aurait donc été nécessaire d'établir les liens de causalité entre ces déterminants de l'environnement et la santé humaine avant de fixer les priorités des interventions dans le domaine des soins de santé dans les pays en voie de développement en général et en Afrique en particulier.

Cependant, l'Afrique Noire a connu, dès le début du vingtième siècle, le développement d'un système de santé orienté vers la médecine dite moderne caractérisée par des réalisations d'abord portées sur l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et l'hygiène, puis sur les infrastructures médicales, surtout les hôpitaux et les dispensaires et enfin sur la formation médicale (formation des médecins et infirmiers locaux) (Brücker et Canestri, 2000). Ce système de santé a aussi mis l'accent sur les programmes de santé, en particulier les programmes de protection maternelle et infantile (PMI), et ceci jusqu'aux indépendances. C'est aussi à cette époque que se sont développés les premiers grands programmes de vaccination, notamment contre la variole. Avec les indépendances (vers 1960) et après, les nouveaux États ont poursuivi et développé ces politiques sanitaires, en suivant en cela les conseils prodigués par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Enfin, avec l'arrivée du syndrome immunodéficientiel acquis (SIDA), divers programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles ont été mis en place dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix dans la plupart des pays.

Ces efforts continus de l'Etat vont permettre de mettre en place un système de santé, dont jouissent les populations, calqué sur le modèle des pays développés et qui va ainsi permettre des évolutions favorables de santé dans tous les pays pauvres se traduisant par la lutte contre plusieurs pandémies (Nguimfack Mbodie, 2001) et par une situation

épidémiologique des pays marquée, ces vingt dernières années, par une réduction de la mortalité et un allongement de l'espérance de vie à la naissance, lié notamment au recul de la mortalité infantile.

Pour l'OMS, trois éléments jouent un rôle déterminant dans cette évolution : l'évolution du niveau de revenu, celui du niveau d'instruction, et la production et l'utilisation de nouvelles connaissances.

En marge de la pratique moderne répandue par ce système, a fonctionné et continue à fonctionner la médecine traditionnelle dont les vestiges essentiels restent solidement ancrés au domaine de la santé.

Si globalement les indicateurs de santé s'améliorent depuis près de vingt ans dans les pays pauvres, on ne peut manquer de relever la disparité avec laquelle ils évoluent et la persistance des pathologies liées à la pauvreté. Et même, dans plusieurs pays d'Afrique, les indicateurs de santé se sont en fait empirés ces dernières années, conséquence de la crise économique des années 80 et ses corollaires, les ajustements structurels imposés à ces pays par la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International, et ce sans prise en compte des impacts sociaux négatifs en général, des impacts sur la santé en particulier et des mesures d'atténuation pour y remédier. L'instabilité politique, en particulier la multiplication des conflits, le développement de la désertification, la faiblesse du progrès dans la production alimentaire, le recul de l'investissement économique des pays industrialisés (en partie lié à l'instabilité politique et au poids écrasant de la dette dans nombre de ces pays) rendent compte de la situation de la santé des populations encore plus précaire à l'aube du XXI^e siècle (Brücker et Canestri, 2000).

L'Afrique doit maintenant faire face au SIDA, son plus grand défi de santé publique pour les années à venir, ainsi qu'à d'autres maladies émergentes ou réurgentes, en particulier le paludisme résistant et le choléra et les maladies liées aux pollutions et à l'exclusion sociale dans les villes. Là encore, l'État aura un rôle majeur à jouer, pour organiser la lutte contre ces maladies et, en particulier, pour mettre en place des préventions efficaces dont on sait qu'elles sont techniquement possibles.

Pour pallier ces problèmes de santé, dans un contexte économique difficile, il est nécessaire de concevoir et mettre en œuvre un système de santé assurant des activités préventives et curatives techniquement et financièrement accessibles à toutes les catégories de populations, dont les plus démunies en particulier, et de leur assurer pérennité et efficience.

APPROCHES ET STRATEGIES POUR UN SYSTEME DE SANTE AFRICAIN FINANCIEREMENT ACCESSIBLE ET DURABLE

Avant d'aborder la question des approches et stratégies, il est important de présenter notre compréhension de ce qu'est système de santé.

Le système de santé est le garant de la santé des populations en tant que bien-être physique, mental et social (OMS, 2000). Le but premier d'un système de santé est d'assurer une meilleure protection de la santé de la population en réduisant la mortalité prématurée et en préservant la qualité de la vie. Le système doit assurer la prestation de services au bénéfice de la santé de la population. La réflexion sur les risques et leur prévention, bien en amont des dispositions pour les contrôler, est un investissement dans le cadre de ces services. Les diverses mesures de prévention et d'éducation à la santé au plus tôt sont parties intégrantes de ces services de même que les différents types de services de soins médicaux, médico-sociaux, de réhabilitation ou d'accompagnement des malades.

1. Compréhension des déterminants de la santé humaine dans son contexte socio-économique et culturel : un enjeu important pour cerner les risques et construire la prévention

Il est connu que, dans les pays en voie de développement et particulièrement en Afrique, les principales causes de mortalité générale sont les maladies parasitaires (en particulier le paludisme), les diarrhées graves, les affections des voies respiratoires, et la malnutrition. Le SIDA fait payer à la population un lourd tribut. Ces maladies sont intimement liées aux facteurs du milieu et il existe souvent des liens de causes à effets entre ces facteurs et les maladies, liens qui, s'ils sont bien compris, peuvent permettre de réduire les risques des maladies en mettant en œuvre des stratégies de prévention efficace. Or, les déterminants de la santé humaine et leurs interactions dans les écosystèmes donnés ne sont pas très souvent

bien connus, même des spécialistes de la santé et de l'hygiène du milieu et encore moins des populations concernées par les maladies.

En effet, les populations connaissent souvent très bien les maladies sévissant dans leurs écosystèmes et leurs manifestations et leurs donnent des noms en langue locale, mais lorsqu'on s'intéresse à savoir si elles connaissent les causes de ces maladies, elles répondent négativement pour une grande majorité et attribuent plusieurs causes. Par exemple, une étude faite au Burkina Faso dans le bassin versant de Yitenga sur les maladies diarrhéiques, sur un échantillon de 300 personnes (Yonkeu et al, 2005), montre que les trois quart des enquêtés (soit 223 personnes) décrivent méthodiquement les manifestations des maladies diarrhéiques avec respectivement 71,4% chez les hommes et 76,7% chez les femmes. Ces personnes connaissent également les signes cliniques de la diarrhée et lui donnent un nom en langue locale. A l'inverse, les modes de transmission de la maladie sont mal connus des populations de la zone d'étude où 70% affirment ne pas les connaître. Parmi les 209 personnes qui ne connaissent pas les causes de la diarrhée, les femmes sont les plus nombreuses (70,7 contre 68,8), toutefois cette différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative ($p=0,67$). De l'avis de ceux qui prétendent les connaître (42 hommes et 49 femmes), seulement 31% ont énuméré les causes qui tiennent à un certain nombre de facteurs comportementaux : «la saleté, la consommation d'aliments crus et non lavés, l'utilisation de tasses non lavées, manger sans se laver les mains, les mouches, la consommation d'eau non potable comme l'eau du barrage. » Les deux tiers (69%) conçoivent la diarrhée comme un phénomène surnaturel et lui attribuent des causes telles que l'action des génies, les sorciers, les sanctions divines, etc. Certaines personnes interrogées attribuent la diarrhée à des phénomènes naturels tels que le vent, la poussière, le froid, et la chaleur. Ces considérations sont les mêmes que celles trouvées par Soubeiga et Sondo (1997) dans la région du Centre-Est du Burkina. Leur étude a révélé les trois conceptions suivantes des maladies diarrhéiques par les populations :

- elles peuvent être naturelles, c'est-à-dire, liée à l'environnement, au mode de vie de l'individu ou de la collectivité ;
- elles peuvent être vues comme un sort jeté par un tiers qui vous jalouse ou veut se venger de vous ;
- elles peuvent être la manifestation du châtement des dieux, des ancêtres, des génies en cas de non-respect des moeurs et des traditions.

Ces trois conceptions se retrouvent aussi chez les populations riveraines du barrage de Yitenga (fig. 1).

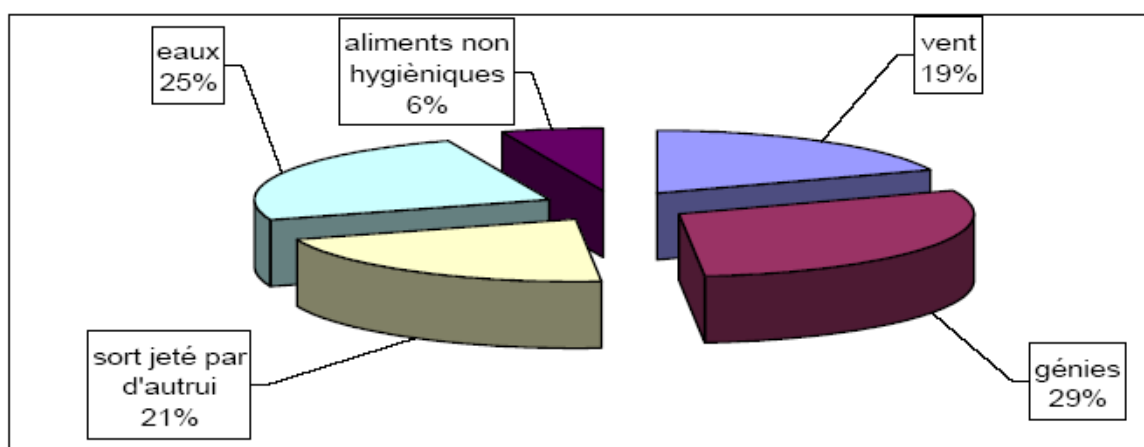


Figure 1 : Répartition des causes présumées de la diarrhée chez les sujets enquêtés

La méconnaissance des causes de la maladie par les populations a de fortes conséquences sur leur comportement aussi bien vis-à-vis des choix thérapeutiques que de l'impact possible des mesures de prévention. En effet, un malade qui est convaincu qu'il s'agit d'un sort dont il est victime, même s'il en a les moyens, même si l'hôpital est à proximité de son domicile ne s'y rendra pas, il ira chercher la solution à sa maladie ailleurs. D'où la nécessité de l'appropriation des causes de la maladie par les populations.

La compréhension des déterminants de la maladie et leurs interactions relève du domaine de la recherche. Mais l'approche de la recherche doit être transdisciplinaire et participative. Elle doit être conduite dans un esprit qui intègre la prise en main de cette compréhension par les populations concernées et les agents de santé communautaire et ceci depuis la conception de la recherche. Se faisant, cette approche qui permet de prendre en compte les divers déterminants de l'environnement physique, socioculturel, socio-économique et comportementaux des problèmes de santé, mais aussi d'identifier des opportunités de changements pour l'amélioration du cadre de vie des populations, facilite la mise en œuvre des démarches de prévention.

2. Perception des maladies, itinéraires thérapeutiques et influences sur le système de santé

Le regard que porte les populations, dans les pays en voie de développement et en Afrique au sud du Sahara en particulier, sur une pathologie, ses manifestations et ses facteurs d'explication varie d'une culture à une autre. Le raisonnement de la médecine occidentale ne représente pas l'unique référence pour les populations en matière de santé. En effet, la médecine, telle qu'elle est définie en occident, est considérée comme une science. Cette science définit les pathologies comme le résultat de causes d'ordre physique et qui sont observables (même si ce n'est pas à l'œil nu) (Gandema, 2006). Cette conception est basée sur l'idée d'universalité et sur l'idée d'un corps séparé de l'esprit (apport judéo-chrétienne et grec). Cette conception s'oppose par exemple à celle des médecines orientales (chinoises, ayurvédiques) qui se basent sur une conception de l'être humain beaucoup plus large que la précédente (au-delà des deux principes corps / matière) et de la conception africaine qui est assez proche de la dernière. En Afrique, l'être humain est conçu comme un ensemble d'éléments ou de principes distincts mais étroitement liés et dépendants les uns des autres. D'une manière générale, l'être humain existe à travers plusieurs dimensions :

- Il est un individu,
- Il est aussi être humain en tant que relation aux autres (à la famille, l'entourage social)
- Et être humain en tant que relation avec l'au-delà, les ancêtres, etc.

Ce qui fait un individu, c'est-à-dire sa place dans sa lignée, sa famille, le groupe social auquel il appartient, mais aussi tout ce qui est de l'ordre du religieux, toutes ces dimensions là, sont matérialisées dans le corps. Partant de là, lorsque la maladie affecte physiquement le corps, ses causes, en plus d'être physiologiques, peuvent être liées aux autres dimensions humaines dont on a parlé : relation avec les ancêtres, l'au delà, la famille, l'entourage.

Cette conception de l'individu et son implication dans la logique de la conception de la maladie va fortement influencer d'une part la prise en charge des maladies et d'autre part les itinéraires thérapeutiques. Selon Fainsang (1986), la logique de la conception de la maladie est déterminante pour le choix d'un système de soins et de schéma thérapeutique. Ce choix thérapeutique a été identifié par Vital (1999), dans son étude sur « la promotion de la santé et les itinéraires thérapeutiques », qui trouve que le choix est déterminé par divers facteurs dont les plus cités sont :

- le modèle explicatif de la maladie (naturelle et surnaturelle) ;
- la gravité de la maladie ;
- l'accessibilité financière ;
- le rôle joué par l'entourage dans la gestion de la maladie.

Jaffré (2000) dans son étude sur « Facteurs socioculturels et santé : l'exemple du Sahel » montre par un exemple pris dans le domaine de la pédiatrie que le modèle explicatif de la maladie joue un rôle déterminant dans le choix thérapeutique. En effet, la fontanelle, espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, et qui ne s'ossifie que progressivement au cours de la croissance, ne se manifeste vraiment qu'en deux occasions. Lorsqu'elle est bombée, elle peut signaler une méningite, lorsqu'elle est déprimée, une déshydratation. D'un point de vue épidémiologique, dans toute l'aire sahélienne, la forte prévalence de ces deux affections rend, malheureusement, ces symptômes courants. Mais si, pour la médecine, il s'agit de signes, cette dépression est interprétée par les populations comme étant une maladie à part entière. Au Niger, en population Zarma, cette pathologie ressentie se nomme *longo* ou *longiya*, et est attribuée à diverses causes dont une mauvaise qualité du lait ou un contact avec un autre enfant malade. Plus à l'Est, en pays Haousa, cette « maladie » se nomme *madiga*. On lui suppose plusieurs causes dont principalement une souffrance foetale liée à un long travail d'accouchement ou une autre pathologie caractérisée par des diarrhées et des vomissements. À l'ouest du Burkina Faso, cette même entité se nomme *nunan*, et serait principalement causée par un sevrage trop brutal. Enfin au Mali, en pays Bambara, deux termes, *ngunan jigin*, et *nagalo* (lit. palais) désignent la fontanelle et sa dépression. Dans l'ensemble de ces populations, les traitements engagés consistent en une relation directe entre un symptôme et un geste thérapeutique simple. Si les substances diffèrent, pour toutes ces populations, les soins consistent à masquer la marque de la maladie en comblant la dépression observée grâce à un amalgame de divers produits. Cette pathologie ne suscite aucune recherche thérapeutique ou étiologique spécifique et globalement ces remèdes, qui sont l'apanage des vieilles, supposées être proches des enfants, s'accordent simplement au plus visible de la maladie.

Il en découle que les populations n'envoient pas, tout au moins en première intention, les enfants au dispensaire, où l'action thérapeutique s'applique sur les risques de déshydratation et non pas sur le symptôme lui-même. D'un côté se conjuguent l'évidence du symptôme et le traitement populaire (dépression et comblement de la fontanelle) ; de l'autre, se trouve la

difficulté de l'interprétation du traitement médical : comment, en effet, relier le symptôme à une déshydratation et, éventuellement, à un traitement au long cours d'une malnutrition ?

L'étude de Yonkeu et *coll* (2005), déjà mentionnée dans le chapitre précédent, confirme le rôle joué par l'entourage du malade dans la gestion de la maladie. En effet, ces auteurs avaient identifié trois niveaux de traitement de la maladie : la cellule familiale, la communauté villageoise et ses environs, ainsi que les centres de santé modernes.

A chaque niveau de cette échelle de traitement correspond un groupe d'acteurs en présence et, bien entendu, une thérapeutique spécifique et des facteurs qui déterminent le choix du lieu et du mode de traitement de la maladie.

Au niveau de la cellule familiale, premier espace de traitement de la maladie, les ménages et la famille élargie sont censés disposer d'un certain bagage thérapeutique leur permettant de prendre en charge le traitement : ce fond de connaissance est le produit d'un legs culturel transmis de générations en générations. Dans l'esprit des populations, administrer un premier traitement traditionnel relève moins d'une automédication que d'un comportement somme toute commun, fondé sur des connaissances ancestrales. Ainsi, pour toute une série de maux bénins (ou considérés comme tels selon une graduation empirique de l'état de morbidité), le réflexe initial sera d'appliquer une thérapeutique connue par un membre de la famille.

Au niveau communautaire, selon la maladie et la difficulté à la prendre en charge au niveau familial, les populations se réfèrent au pallier communautaire. A cette échelle (le village et ses environs), deux types d'acteurs entrent en jeu : les tradipraticiens et les agents de santé communautaire. Au coeur du dispositif communautaire de soins, se trouvent donc les guérisseurs ou tradipraticiens, très sollicités en Afrique. En effet, l'OMS estime que 80% de la population des pays à revenu faible ou moyen comptent en premier lieu sur la médecine traditionnelle pour les soins primaires (ONUSIDA, 2002). Les guérisseurs traditionnels bénéficient souvent d'une grande crédibilité et d'un profond respect au sein de leurs communautés. Ils connaissent bien les possibilités de traitement au niveau local ainsi que les caractéristiques physiques, émotionnelles et spirituelles des personnes, et peuvent influencer leurs comportements (ONUSIDA, 2002). Quant au mode de traitement, il fait appel à la flore locale : herbes, feuilles, écorces et racines interviennent dans la préparation des remèdes, que les traitements soient de courte durée ou à long cours (3 semaines et plus).

Hormis les guérisseurs, les agents de santé communautaire constituent un autre maillon de la chaîne des possibilités de soins à l'échelle de la sphère villageoise. Relais du système sanitaire formel (moderne), ils ont reçu leur formation des structures sanitaires officielles ou des ONG. Ils disposent de certains médicaments, administrent des traitements simples et réalisent auprès des villageois un travail de vulgarisation et de sensibilisation.

Au niveau des centres de santé, ces formations sanitaires offrent les services classiques de ce type de structure sur le mode diagnostic-prescription (ordonnance)-traitement. Même si elles ne remettent pas en cause son efficacité, le système est décrié par les populations au plan de la cherté des produits prescrits et de l'accueil des patients par le corps médical. Cependant les centres caritatifs de santé fournissent gratuitement certains médicaments et prestations : de ce fait, les populations s'y dirigent préférentiellement avant d'aller vers les autres centres de santé.

La logique de la prise en charge des maladies par les populations dans le cas de l'étude de Yonkeu et *coll.* (2005) (schéma 1), combinée au modèle explicatif des maladies (perception par les populations), à leur gravité et à l'accessibilité financière vont déterminer le choix thérapeutique. En effet, les modalités d'accès aux services de santé sont aussi très largement dépendantes d'un ensemble de facteurs allant de l'économique à l'interprétation populaire de la maladie.

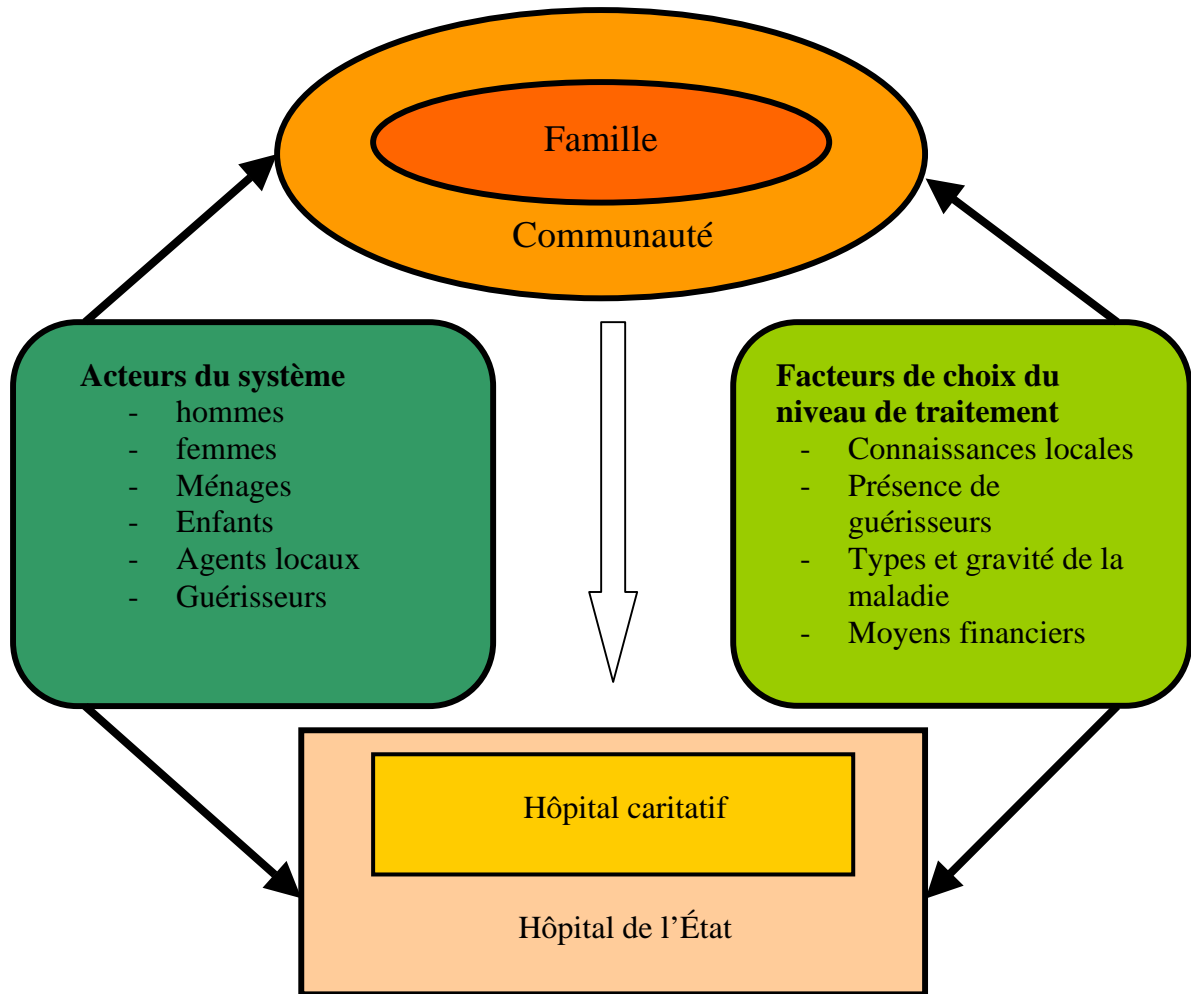


Schéma 1: Acteurs, facteurs et niveaux de traitement de la maladie

Le choix des recours thérapeutiques — guérisseurs traditionnels, recours à l'automédication et centres de santé, etc. — (figure 2) s'effectue, en grande partie, selon diverses formes d'évaluation profane de la qualité des structures de soins et de leur supposée capacité à traiter les maladies, non telles qu'elles sont médicalement définies, mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées (Jaffré, 2000).

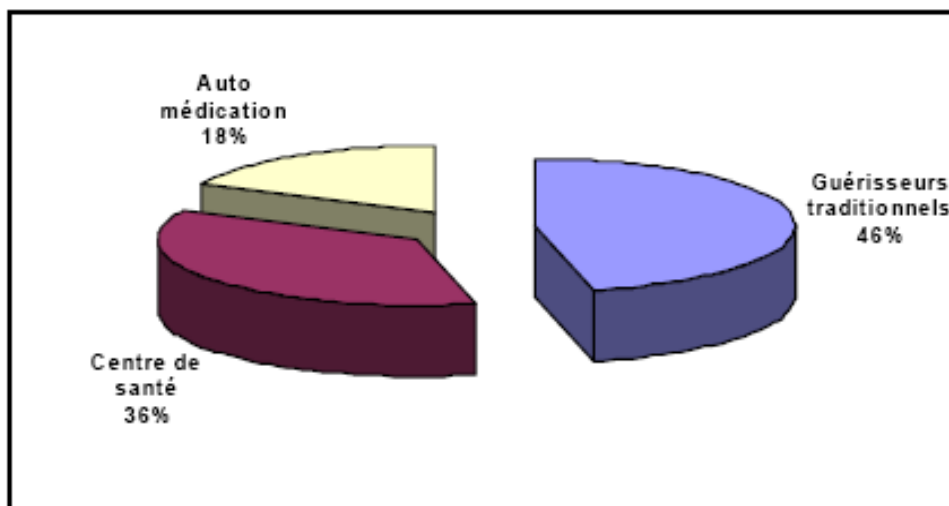


Figure 2: Répartition des sujets en fonction de leur itinéraire thérapeutique (Yonkeu et *al*, 2005),

Enfin, les interactions entre les soignants et les soignés ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques. Elles ne peuvent être comprises et améliorées sans tenir compte des identités sociales des acteurs qui y sont impliqués (Jaffré, 2000).

Nous pouvons donc relever que les recours aux soins, indispensables pour définir l'offre et l'activité de prise en charge sanitaire des populations, sont complexes et dépendent de multiples facteurs de localisation, facteurs sociaux, économiques ou culturels qui déterminent pour chaque individu un cadre d'actions plus ou moins restreint dans la volonté de se soigner ou d'être soigné.

3. Médecines moderne et traditionnelle: deux approches qui doivent collaborer

Comme nous l'avons vu plus haut, la médecine moderne, calquée sur le modèle occidental, a été celle qui a été officiellement adoptée et développée pendant de longues années par les pays africains. Bien que cette approche ait permis de résoudre bon nombre de pandémies en Afrique, les populations sont restées très attachées aux pratiques de la médecine traditionnelle pour des raisons que nous avons évoquées dans les chapitres précédents. En effet, avant l'arrivée des colons, la médecine traditionnelle était l'unique forme de médication utilisée pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies sociales, mentales et physiques pour les populations vivant en Afrique, et elle le reste encore pour la majorité d'entre elles, en particulier dans les zones rurales non facilement accessibles. Malgré les velléités des gouvernements coloniaux et des premiers missionnaires religieux de

les supprimer qui ont échoué et le fait qu'elle a suscité un fort scepticisme ces dernières décennies, l'OMS estime que 80% de la population des pays à revenu faible ou moyen comptent en premier lieu sur la médecine traditionnelle pour les soins primaires. Il sera donc difficile qu'une politique sanitaire, qui occulte le travail des dépositaires du savoir de la médecine traditionnelle, soit efficiente.

En Afrique, où les ressources sont limitées, les principes de soins primaires devaient signifier que toutes les ressources disponibles, accessibles, acceptables et financièrement abordables soient consacrées à la santé de la population. Nous devons nous attacher à ces principes, du fait de la nécessité de trouver d'autres solutions au sein même du milieu culturel et environnemental. Les guérisseurs traditionnels apportent une contribution singulière et complémentaire à l'approche de la médecine moderne. Ils constituent également un point d'entrée pour traiter de nombreuses communautés africaines. Les guérisseurs traditionnels forment un groupe de praticiens important qui bénéficient souvent d'une grande crédibilité et d'un profond respect au sein de leurs communautés. Il est donc essentiel de les enrôler en tant que partenaires à part entière dans le développement d'un système de santé et d'optimiser l'apport potentiel qu'ils représentent pour répondre à l'ampleur des besoins en matière de soins, de soutien et de prévention. De plus, de nombreux rapports montrent que les guérisseurs font preuve de réel intérêt et d'enthousiasme à collaborer avec leurs homologues de la biomédecine. Enfin, on a constaté que lorsqu'il existe une volonté mutuelle de collaboration (du côté des guérisseurs traditionnels comme des professionnels de la santé biomédicale) et qu'il y a un réel intérêt pour les croyances et les valeurs des guérisseurs traditionnels, ainsi que du respect pour leurs pratiques, un pont peut être établi entre ces deux systèmes de santé complémentaires.

Les guérisseurs traditionnels, par leur pratique de soins personnalisés qu'ils adaptent pour répondre aux besoins et aux attentes de leurs patients, peuvent devenir des agents de communication importants en matière de questions sociales et de santé. Ils peuvent ainsi être utilisés pour jouer un grand rôle dans les activités de prévention des maladies et de meilleure orientation en matière de système de soin pour les populations. Dans un environnement où les ressources sont limitées, la médecine traditionnelle permet de fournir des traitements autres que des produits pharmaceutiques coûteux. Par ailleurs, dans certains cas, la médecine traditionnelle s'est avérée être aussi, voire plus efficace que les traitements biomédicaux pour

soigner les infections opportunistes liées au VIH, comme le zona et la diarrhée chronique (Homsy, 1999).

Il reste cependant vrai que des problèmes subsistent dans la pratique de la médecine traditionnelle. Il s'agit des problèmes de respect des règles éthiques dans l'exercice de la fonction pour ainsi extirper des charlatans qui discréditent la profession en s'improvisant tradipraticiens ou phytothérapeutes, des problèmes d'efficacité des plantes et des produits utilisés, mais aussi des problèmes d'innocuité, de sensibilité, de dosages et d'effets secondaires. Pour toutes ces questions s'impose la nécessité d'approfondir les recherches concernant l'emploi de la médecine traditionnelle, ses effets, ses avantages et les difficultés qu'elle pose. Il faut en évaluer les différentes variables, et c'est seulement en élaborant de façon systématique des documents sur les meilleures pratiques existantes, que nous pourrons répondre aux questions essentielles à l'égard de l'efficacité, des avantages et des limites de la médecine traditionnelle.

DIFFERENTS NIVEAUX D'ORGANISATION D'UNE POLITIQUE DE SANTE AFRICAINE FINANCIEREMENT ACCESSIBLE ET DURABLE

Les stratégies d'une politique de santé africaine accessible et durable doivent englober la compréhension des déterminants des problèmes de santé dans leur contexte physique, socio-économique et culturel, ainsi que la prévention de la maladie et sa prise en charge

1. Implication et rôle des communautés dans le système de santé

Comme nous l'avons vu ci-dessus, en Afrique, les principales causes actuelles de mortalité sont le paludisme, les malnutritions, les diarrhées, le SIDA, etc., problèmes de santé qui sont globalement liés aux conditions de l'environnement physique, socio-économique, et culturel. La plupart de ces problèmes de santé peuvent être évités par l'amélioration des infrastructures et donc de l'environnement et des actions préventives essentielles qui reposent sur une modification de divers comportements sociaux, allant de l'hygiène aux pratiques alimentaires suffisantes, saines et diversifiées. D'où le rôle primordial du comportement humain dans la réussite ou l'échec de la réalisation de l'objectif de santé. Le comportement ici comprend l'impact des actes individuels ou communautaires mais aussi les décisions des décideurs politiques de résoudre ou de ne pas résoudre le

problème de pauvreté, de santé, d'investissement sur les infrastructures socio-sanitaires de leurs administrés

L'amélioration du comportement humain pour être efficace doit s'appuyer sur les connaissances de l'environnement, des déterminants de la santé et leurs interrelations. Ces connaissances sont des informations produites par les scientifiques. Cependant, si ces connaissances ne sont pas appropriées et acceptées par les acteurs concernés (autorités à différents niveaux et populations concernées) alors le passage des informations aux actions concrètes devant améliorer durablement l'offre de santé peut rester sans effet. C'est pour cela qu'il est primordial d'intégrer ces acteurs dans le processus de production de l'information, ceci depuis la conception de la recherche des éléments constitutifs de celle-ci. Nous devons être conscient que l'essentiel des activités de prévention en matière de santé repose sur la communication. Le but est d'être compris, c'est à dire d'induire des changements de comportements. Même si nous avons des connaissances théoriques, s'il manque la bonne manière de les faire passer et d'accrocher les gens alors c'est l'échec. C'est pour cela que nous pensons que la compréhension des facteurs de la maladie, bien qu'elle relève du domaine de la recherche, doit être conduite dans un esprit qui intègre la prise en main de cette compréhension par les acteurs concernés et se faisant facilite la mise en œuvre des démarches de prévention. De plus, on ne peut mener efficacement des actions de santé publique sans connaître les publics en jeu, mener des actions de santé sans comprendre les logiques qui régissent leurs conduites et leurs pratiques. L'action sanitaire est ici dépendante de l'instauration d'un dialogue avec les acteurs concernés. Et, puisqu'on ne peut dialoguer avec un autre sans comprendre son point de vue et les logiques comportementales qui expliquent ses actes, dans ce domaine sanitaire, la réalisation des objectifs préventifs implique d'analyser les conduites et les modes de vie des populations, de compléter l'indispensable quantification épidémiologique des pathologies et des comportements «à risque», par l'étude des significations que leur accordent leurs auteurs (Jaffré, 2000). Dans cet esprit certaines méthodes d'approche de la santé humaine telle que l'approche écosystémique à la santé humaine, développée depuis quelques années par le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI), peuvent contribuer efficacement à cette fin. En effet, l'approche écosystémique à la santé humaine, c'est avant tout considérer la place de l'humain dans son environnement. C'est reconnaître qu'il y a des liens inextricables entre les humains et leurs environnements biophysique, social et économique et que ces liens se répercutent sur la santé des individus (Lebel, 1963).

Une meilleure compréhension des déterminants des problèmes de santé par les communautés et les autres acteurs concernés permettrait une meilleure mobilisation de ces derniers dans l'action et particulièrement de prévention. En effet, certains travaux ont montré que la Théorie de l'éducation participative a une importance dans l'élaboration des programmes d'éducation par les pairs (Freire, 1970). L'éducation par les pairs est un concept très connu qui renvoie à une approche, un canal de communication, une méthodologie, une philosophie et/ou une stratégie d'intervention. Selon Freire, la responsabilisation permet la pleine participation des populations affectées ; grâce à la communication, la communauté affectée élabore et met en oeuvre une réponse collective au problème de santé en question (Wallerstein, 1988). L'éducation par les pairs est souvent utilisée pour apporter des changements au niveau individuel en vue de modifier les connaissances, attitudes, croyances et comportements d'une personne. L'éducation par les pairs peut aussi apporter des changements au niveau du groupe ou de la société en modifiant les normes et en encourageant une action collective qui contribue au changement individuel ainsi qu'à des changements dans les programmes et politiques.

L'éducation par les pairs en tant que stratégie de changement de comportement est basée sur les théories cognitives individuelles ainsi que sur la responsabilisation du groupe et de l'action collective. Par exemple, la Théorie de l'apprentissage social soutient que l'on apprend par l'observation de certains comportements, d'autres servent de modèles illustratifs au changement de comportement chez des individus (Bandura, 1986). La Théorie de l'action raisonnée avance que la perception que des individus ont des normes ou croyances sociales, lorsqu'elles sont considérées comme importantes par ceux-ci ont une influence sur leur changement de comportement (Fishbein et Ajzen, 1975). La Théorie de la diffusion de l'innovation soutient que certains individus (leaders d'opinion) d'une population donnée agissent comme facteurs de changement de comportement en diffusant des informations et en influant sur les normes de leur communauté (Rogers, 1983).

2. La prise en charge de la maladie : un enjeu complexe et multiforme

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les modalités de la prise en charge de la maladie et d'accès aux services de santé sont dépendantes d'un ensemble de facteurs allant des perceptions populaires de la maladie aux moyens économiques permettant le recours aux soins. De plus, le choix des recours thérapeutiques (hôpital, tradipraticiens, etc.)

s'effectue, en grande partie, selon diverses formes d'évaluation profane de la qualité des structures de soins et de leur supposée capacité à traiter les maladies, non telles qu'elles sont médicalement définies, mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées (Jaffré, 2000) et aussi selon leur accessibilité (proximité des structures de santé, coûts des traitements, disponibilité et comportement du personnel de santé qui traite les clients avec courtoisie ou non).

L'État reste le garant de la qualité de santé de sa population, il doit donc prendre des dispositions nécessaires, dans le cadre de sa politique de santé, pour lever l'ensemble des obstacles à un système de santé efficace et durable.

Comme l'indique la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), la promotion de la santé relève d'une stratégie intersectorielle large permettant de renforcer les actions de santé publique dans les domaines suivants : établissement de politiques publiques saines, création de milieux favorables, renforcement de l'action communautaire, développement des aptitudes personnelles, réorientation des services de santé.

Le renforcement de l'action communautaire passe par le renforcement de la recherche sur les connaissances et la compréhension des déterminants de la santé humaine et ses interrelations. Compréhension qui doit impérativement intégrer les acteurs concernés dans une démarche participative, transdisciplinaire et prenant en compte la question du genre et de l'équité sociale.

La santé primaire pour tous doit aujourd'hui être complétée par l'objectif de garantir l'accès équitable à un système de soins de qualité. Or l'accès équitable aux soins ne peut se faire si on ne s'intéresse pas aux données socioculturelles des populations auxquelles on s'adresse. Ces données nous renvoient à des considérations vécues comme le pluralisme thérapeutique des malades. L'offre de soin est donc diversifiée allant de l'automédication, au soin par les tradipraticiens et par les structures de soins modernes. Ces entités étant le plus souvent perçues par les populations comme une sorte de complémentarité entre les systèmes, et même comme un continuum qui offre une multiplicité de possibilités dans la prise en charge de la pathologie.

Un système de santé qui ne prendrait pas en compte ces considérations marginaliserait une tranche relativement importante des populations n'ayant pas les moyens de se payer les soins de santé moderne, continuerait à maintenir dans la clandestinité les tradi-praticiens qui

assurent la majorité des soins de santé primaire dans nos pays et dont les compétences pour le traitement de certaines maladies sont de plus en plus éprouvées.

Les pays africains doivent donc passer d'une médecine traditionnelle tolérée vers une médecine traditionnelle complémentaire de la médecine moderne. Pour cela, les interventions suivantes doivent être menées :

- création d'un environnement afin qu'une politique nationale et une réglementation en matière de médecine traditionnelle soit mise en place (l'absence de réglementation ou la mauvaise utilisation des pratiques et médicaments traditionnels peut avoir des effets nuisibles, voire dangereux) ;
- élaboration d'un répertoire des tradi-praticiens par un recensement sur la base d'un certain nombre de critères tels que, la notoriété, la sédentarité, l'efficacité des résultats obtenus (taux de fréquentation et contrôle de succès des traitements), l'accessibilité (géographique et financière) et la continuité du service.
- recherche sur les plantes médicinales ;
- amélioration de la qualité des phyto-médicaments par l'application des bonnes pratiques de récolte, de séchage et de conservation des plantes médicinales ;
- faire des recherches pour vérifier l'innocuité et la sécurité d'emploi de plusieurs autres pratiques et plantes médicinales ;
- assurer la culture et la conservation des plantes médicinales ;
- travailler avec le ministère de la Santé et les chercheurs pour développer les médicaments de qualité pouvant être utilisés dans les hôpitaux ;
- formation sur les droits de propriété intellectuelle.

Autant d'éléments qui sécurisent et garantissent l'environnement de travail du tradipraticien qui dans ce cas peut devenir un relais certain dans la politique de soins de santé primaire et de précieux agents de soutien et de mise en œuvre de cette politique. Ces mesures sont également d'autant plus importantes que le développement du marché des plantes médicinales, qui a d'énormes retombées sur le plan commercial, risque de menacer la biodiversité en raison du pillage des matières premières nécessaires à la fabrication des médicaments ou d'autres produits de santé naturels. Ces pratiques, si elles ne sont pas encadrées, pourraient entraîner l'extinction d'espèces en danger ainsi que la destruction de ressources et d'habitats naturels. De plus, les règles de protection prévues dans les normes

internationales applicables au droit des brevets ainsi que dans la plupart des lois nationales classiques sur les brevets ne suffisent pas actuellement à protéger les savoirs traditionnels et la biodiversité.

Avec la pratique de l'automédication, la politique de santé doit intégrer la nécessité de l'éradication de la vente des médicaments de rue compte tenu de sa dangerosité pour la santé des consommateurs. Pour cela des programmes de sensibilisation doivent être intensifiés aussi bien en direction des vendeurs de ces produits que des consommateurs. L'état doit encore faire des efforts de rendre accessible à toutes les catégories sociales les médicaments génériques.

Des initiatives doivent être prises en direction de la mise en place des mutuelles de santé (sortes d'assurance maladie organisée par un groupe de personnes qui mettent en commun des moyens financiers selon des règles établies pour prendre en charge leurs éventuels problèmes de santé). Mais il ne faut pas perdre de vue que ce sont souvent des projets qui demandent beaucoup de temps et connaissance approfondie des contraintes auxquelles les populations doivent faire face. Les contraintes évidentes telles que l'alimentation journalière de la famille font qu'on prévoit difficilement les dépenses de santé.

CONCLUSION

La plupart des systèmes de santé en Afrique ont été conçus, calqués sur le modèle occidental. Cet héritage de la colonisation, bien qu'ayant permis de contrôler plusieurs pandémies et continue à démontrer son utilité et son efficacité dans le cadre de nombreuses autres affections de nos jours, s'est révélé incapable d'assurer la satisfaction des besoins de la majeure partie des populations par le fait même qu'il méconnaît dans son essence tout le secteur parallèle constitué par la médecine traditionnelle qui est un élément culturel très important dans la vie de la majorité des africains. Les populations africaines, en général, accordent une importance non négligeable à la dimension métaphysique de leur existence et lui attribue la source de certaines maladies, d'où son fidèle attachement à ce volet de la médecine.

Plus d'un tiers des habitants des pays en développement n'ont pas accès aux médicaments essentiels. L'accès à des thérapies traditionnelles ou complémentaires/parallèles sûres et efficaces pourrait être déterminant pour le développement des soins de santé.

Les principaux déterminants de santé sont enchâssés dans l'environnement avec une forte composante des représentations et des conduites sociales. Faire de la prévention ou du soin dans les pays défavorisés nécessite de s'intéresser aux pratiques, comportements et représentations des populations. C'est pourquoi, bien que les soins occupent une place importante dans l'amélioration de l'état de santé d'une population, la présence d'un environnement physique, socio-économique et culturel approprié reste la clé pour une amélioration des indicateurs de santé et du système de santé.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Brücker G. et Canestri A., 2000.- Epidémiologie des priorités de santé dans les pays pauvre. Dossier Santé publique et pays pauvre. Adsp, pp 20-23

Bandura, A. 1986.- Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Fainsang, S., 1986. - L'intérieur des choses : maladie, divination et représentation sociale chez les Bissa Paris, Edition l'harmattan p 39-47

Fishbein, M. and Ajzen, I. 1975.- Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Freire, P. (1970). Pedagogy of the Oppressed. New York: Seabury Press. Gifford, A., Laurent, D., Gonzales, V., Chesney, M., and Lorig, K. (1998). ?Pilot of randomized trial of education to improve self-management skills to men with symptomatic HIV/AIDS.? Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology. 18(2): 136-44.

Gandema G., 2006.- Le concept de la santé en Afrique Sub-Saharienne, représentations locales de la maladie, contraintes économiques et principes de sensibilisation. Formation au montage d'action de prévention santé. Cap Humanitaire. 13 P.

Homsy J. et al, 1999.- Evaluating herbal medicine for management of herpes zoster in HIV-infected patients in Kampala, Uganda. *J. Alt & Compl. Medicine*, 5 (6): 553-65.

Jaffré Y., 2000.- Facteurs socioculturels et santé. *Santé publique des pays pauvres. Les programmes de santé. Asdp*, pp 48-49.

Lebel J., 1963.- La santé : une approche écosystémique. Centre de recherche pour le développement international 2003. 85 p.

Nguimfack Mbodie P. C., 2001.- pour une politique de santé mentale adaptée en Afrique noire. *Médecine d'Afrique Noire*, 48 (11) : 465-471

ONUSIA, 2002.- Etude de cas. Des remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle : l'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le SIDA accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2000 - Maladies transmissibles, principales activités en 1999 et grands défis pour l'avenir Genève, p. 32.

Rogers, E. (1983).- *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

Soubeiga A. et B. Sondo. (1997) - Les comportements sanitaires, la perception et l'utilisation des services. La relation soignant- soigné au Burkina Faso. *Revue de la littérature*. Ouagadougou. 98 p.

Vital, B. (1999) - Promotion de la santé, itinéraires thérapeutiques et marché de la santé au Sud-Kivu, pratiques locales, enjeux et perspectives, Bruxelles : ULC, mémoire de licence, 128 p.

Wallerstein, N. (1988).- Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education.? *Health Education Quarterly*. Winter; 15(4): 379-94.

Yonkeu Samuel et al, 2005.- Elaboration des stratégies de réduction des risques de maladies diarrhéiques pour les populations humaines dus aux petits barrages en Afrique de l'Ouest : Cas du barrage de Yitenga. Rapport Final de Recherche (octobre 2002- Décembre 2005). Groupe EIER-ETSHER/CRDI, Ouagadougou, Burkina Faso. 286 p.